



# NOTICIAS

## Metropolitanas



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA**

Coronel Díaz 1971/75 • (1425) Capital Federal • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318  
E-mail: sap-metropol@pccorreo.com.ar

### EDITORIAL

## PROYECTOS DE GESTIÓN 2011-2013

En primer lugar, quiero agradecer a todos los que confiaron en mí para dirigir la Región Metropolitana por el bienio 2011-2013, actividad que me enorgullece y que espero cumplir al nivel de los directores que me precedieron, a los cuales respeto y quiero, no sólo por haber ejercido la función en forma excelente, sino como personas de bien dedicados a nuestro mayor objetivo que es "la salud de nuestros niños, niñas y adolescentes".

La Región Metropolitana, compuesta por la ciudad de Buenos Aires y 24 municipios del conurbano bonaerense es la región más densamente poblada de recursos humanos, tecnología e infraestructura en salud del país, pero junto con ello conviven pozos de inequidades estructurales y funcionales a los cuales espero tratar de contribuir a reducir en alguna medida, junto con los pediatras que la componemos.

Ya el Dr. Miguel Ángel Naser, en el editorial del primer número de esta Revista, en abril de 1994, hablaba de objetivos de la Región y de la SAP tendientes a erradicar esas inequidades, como lo era apoyando los programas de APS, Promoción y Prevención de la Salud y Educación Médica Continua. Siempre consensuadas de acuerdo a las necesidades de cada municipio, entre otros.

Priorizar al pediatra del primer nivel de atención en su capacitación y presencia en las actividades científicas en conjunto con los comités y subcomisiones de la SAP y tratar de sensibilizar a las autoridades de los distintos municipios en lo fundamental que es cuidar el recurso humano en salud, no sólo pediátrico sino de todo el equipo.

La salud es una actividad recurso humano intensiva y cuando digo cuidarlo significa respetarlo no sólo como profesional, sino como persona, dándole condiciones laborales dignas, protegerlos de la violencia intensiva a que está siendo sometido y permitir y contribuir a su capacitación, lo que seguro redundará en la calidad de servicio que presten.

Pero además decía de apoyar a un "movimiento hacia la red de atención pediátrica (AMBA)", en el cual la salud debería ya estar, pero a veces la política es un obstáculo en nuestra Región que debemos contribuir a superar en aras de tener un programa de referencia y contra referencia integral de toda la región, sin trabas de aéreas programáticas o burocráticas que la frenen.

(Continúa en pág. 3)

#### Director Titular

Dr. Saúl Gleich

#### 1º Director Asociado

Dr. Leonardo Vázquez

#### 2º Director Asociado

Dra. Débora Rocca Huguet

#### Coordinadores

##### Distrito Sur

Dra. Mirta Anone / Dr. Jorge Celestino /  
Dra. Miriam Bonadeo / Dr. Edgardo Flamenco /  
Dra. Clara Massola de Muiños /  
Dra. Mariana Rodríguez Ponte /  
Dr. Rubén Porto

##### Distrito Oeste

Dra. Aída Barbato / Dra. Mariel Caparelli /  
Dra. Gladys Convertini / Dr. Fausto Ferolla /  
Dr. Alberto Libanio / Dr. Juan Luis Marsicovetere

##### Distrito Norte

Dr. Alejandro Ameijeira / Dr. Carlos Luzzani /  
Dr. Juan Carlos Peuchot / Dra. Lilia Rabinovitz /  
Dra. Miriam Vasalo / Dra. Mirta Vázquez

#### Asesores ex Directores

Dr. Ángel Plaza / Dr. Miguel Ángel Naser /  
Dr. Ricardo Straface / Dr. Jorge Buraschi /  
Dr. José Luis Cervetto / Dra. Beatriz Burbinski /  
Dr. Domingo Longo / Dr. Gustavo Bardauil

### SECCIONES

|   |    |
|---|----|
| • Editorial.....                                    | 1  |
| • Entrevista a la<br>Dra. Margarita Ramonet .....   | 4  |
| • La promoción de la<br>salud en las escuelas ..... | 9  |
| • Ecos de las<br>IX Jornadas .....                  | 10 |
| • Diarrea aguda .....                               | 13 |
| • Curiosidades .....                                | 16 |
| • Boletín bibliográfico .....                       | 18 |

# CLAMOXOL BIO

Amoxicilina 400mg/5ml - Ácido Clavulánico  
Lactobacillus helveticus - Lactobacillus rhamnosus

NUEVO

## Primer antibiótico con probióticos

### Administración:

- Suspensión antibiótica cada 12hs.
- Cápsula probiótico una vez al día.

Ante imposibilidad de ingerir cápsulas, se deben abrir y mezclar con alimento o líquidos fríos



### Minimiza el principal efecto adverso de los inhibidores de la betalactamasa



**CLAMOXOL BIO, Polvo para preparar suspensión extemporánea**  
**Fórmula:** Cada 5 ml de suspensión contiene; Amoxicilina (como Amoxicilina trihidrato) 400 mg; Ácido Clavulánico (como Clavulanato de potasio) 57 mg. Cada cápsula contiene Lactobacillus rhamnosus  $1,9 \times 10^9$  UFC; Lactobacillus helveticus  $0,1 \times 10^9$  UFC.  
**Indicaciones:** CLAMOXOL BIO / AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / LACTOBACILOS está indicado para tratamiento de infecciones producidas por gérmenes susceptibles. Prevención de la diarrea asociada al uso de Amoxicilina-Ácido Clavulánico.

**Acción Terapéutica:** CLAMOXOL BIO / AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / LACTOBACILOS es la combinación de un antibiótico de amplio espectro y un inhibidor de la betalactamasa con un probiótico restaurador de la flora intestinal.

**Presentación:** CLAMOXOL BIO / AMOXICILINA - ÁCIDO CLAVULÁNICO / LACTOBACILOS se presenta en envases conteniendo 1 frasco con polvo para preparar 70 ml de suspensión extemporánea + 10 cápsulas de probiótico.

  
**Cassará**

Vocación científica. Compromiso social.

## “El pediatra es el médico de cabecera del niño y del adolescente”

GRUPO EDITORIAL  
REGIÓN METROPOLITANA

Editores de Revista

Noticias Metropolitanas: Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani

Boletín Bibliográfico: Director: Dr. Ricardo Straface

Colaboradores: Dres. A. Ameijeira, S. Gleich, C. Luzzani,  
J.L. Marsicovetere, L. Vázquez, M. Vázquez

### ... EDITORIAL (viene de pág. 1)

Prueba de ello es la crisis que año a año padecemos en las epidemias de IRAB en el sistema de internación, con las dificultades en traslados y derivaciones hacia terapias adecuadas a las necesidades clínicas del niño, y con el escaso recurso humano que se cuenta, incapaz de contener la demanda, tratando de cubrirlo con contratos o becas estacionales de cuatro meses, que en general son ocupadas por médicos y enfermeras sin experiencia.

Es por ello que se están realizando reuniones con los encargados de Salud de la Región para tratar de disminuir el impacto negativo de estas crisis.

Otro de los desafíos es tratar de contribuir científicamente con la capacitación en terreno (descentralizar el conocimiento) del recurso humano del primer nivel ante pedidos y temas propuestos por los municipios y que reflejen las necesidades de la zona.

Tratar que todos los municipios estén representados en la Región, y que podamos saber la situación de salud de cada uno de ellos prontamente, no uno o dos años después a través de cifras oficiales por internet. Este es un objetivo de la gestión tendiente a hacer desaparecer las grandes diferencias de indicadores que tenemos en la Región (municipios con mortalidad infantil de un dígito y otros con el doble o más).

Otro de los proyectos del bienio es contribuir a que la “SAP sea para TODOS”, a través de una campaña importante de captación del pediatra joven, base del crecimiento y jerarquización de nuestra institución madre.

Potenciar y estimular a los grupos de trabajo que están desde hace varios años desarrollando una importante tarea en la Región es una asignatura que no debemos olvidar y agradecer.

Es decir, estamos frente a un gran desafío, aliviado por las actividades ya realizadas por gestiones anteriores, pero todavía inconclusa, que seguro con la ayuda del grupo de pediatras que participan en la Región, más la captación de pediatras jóvenes y con el apoyo de la CD de la SAP podremos superarlo.

Invitamos a todos los pediatras socios de la SAP que estén comprometidos con esta problemática y que se identifiquen con nuestros objetivos a sumarse a las reuniones de la Región los segundos sábados de cada mes de 8,30 a 11 hs en el Centro Gianantonio. Que se acerquen a compartir nuestras actividades y acompañarnos a recorrer este camino cuyas metas finales son:

*“un niño sano en un mundo mejor” y  
“niños felices atendidos por pediatras felices”.*

Los esperamos.

**Dr. Saúl Gleich**  
Director Titular

## ACTIVIDADES DE LA REGIÓN

**Curso: “Estrategias Prácticas en Pediatría Ambulatoria”,**

Hospital General de Niños “Dr. Pedro de Elizalde”, CABA. 16ª Edición, año 2012.

Inicia el jueves 12 de abril al 13 de diciembre de 2012.

De 10 a 13 horas. 160 horas docentes.

Otorga créditos para la Recertificación SAP.

Directoras: Dra. Violeta Caputo • [vicaputo@arnet.com.ar](mailto:vicaputo@arnet.com.ar)

Dra. Miriam Bonadeo • [peraso@intramed.net](mailto:peraso@intramed.net)



## ENTREVISTAS *a quienes nos muestran el camino*

*Dra. Patricia Cirigliano*

### **Dra. MARGARITA RAMONET**

En 100 años de la Sociedad Argentina de Pediatría, *Margarita Ramonet* es la segunda mujer en su presidencia.

Hasta octubre de 2011 llevó adelante sus ideas claras, compartiendo en equipo con sus colegas, respetuosos como ella, un trabajo profesional sin pausas.

Premiada en el Simposio Internacional de Gastroenterología y en la SAP en 2006, autora de más de 37 artículos científicos, miembro

de Consejo, revisora de documentos, autora y coautora de 95 estudios con presentación nacional e internacional.

Margarita Ramonet sintetiza su filosofía: "Uno siempre está. Uno tiene que estar en el lugar de mayor demanda y donde lo necesitan".

Con apasionamiento, compromiso y también idoneidad, Ramonet ha gestionado la SAP en tiempos de bisagra histórica, sin perder su calidez y entusiasmo y el cariñoso respeto a sus maestros.

**RN:** *Margarita, ¿cómo ves la Pediatría del futuro?*

**Dra. Margarita Ramonet:** El futuro del pediatra no es solamente la enfermedad, la epidemiología, las vacunas, sino la interrelación con lo social, el cambio climático. Es mucho más amplio el escenario que viene. Tiene que estar muy preparado para nuevos desafíos. La cuestión social, los cambios que se avecinan y las formas de energía. Hay un montón de cosas que son de la época actual.

Cuando nos recibimos parecía que había petróleo para mucho tiempo. Con la globalización informativa repercute, día a día, lo que pasa en Grecia o en Japón, o un terremoto en tal lugar. Todo el tiempo estamos más interrelacionados. Antes cada uno estaba en su país. Estaban los países super desarrollados y los en vías de desarrollo. Había abismos, me parece. La comunicación no llegaba; uno se moría por tener la revista, buscar... Ahora uno está informatizado totalmente. Es una gran ventaja. Todo cambia, el pediatra



debe *aggiornarse* a la nueva realidad, aunque también hay que conservar los otros valores.

Creo que tenemos todos juntos que reinventar, imaginarnos otros escenarios, porque los actores van cambiando.

**RN:** *Fue apenas a los cinco años de egresada que ya estabas certificada Pediatra, tanto por el Ministerio como por la SAP...*

**MR:** Sí. Egreso en el '68 y en el

'69 ingreso a la Residencia en el Hospital Castex. Hice los tres años y la Jefatura de Residentes.

Ya cerca de SAP puse como meta realizar el famoso examen, que siempre fue muy respetado. Entonces se veía muy alejado. Hoy se ve más amigable, así lo vivimos con mis residentes del Posadas. Entré en el Hospital Posadas en mayo y rendí el examen en noviembre. Recuerdo a médicos ya formados que me decían: ¿Vas a dar el examen? Era muy difícil, yo venía de un Hospital que no era pediátrico. Lo rendí en la Maternidad Sardá, con el Dr. Alfredo Larguía. No me olvido más, atesoro esas vivencias.

Volví al hospital el lunes y todos me felicitaban. Me miraban como diciendo: ¿Cómo lo lograste? Soy muy tesonera. Hago un trabajo constante, no aflojo. Creo que eso es la perseverancia, tener las ideas claras y proyección a futuro. Mucha gente trabaja un tiempo, deja, sube, baja. Hay que tener una meta, sobreponerse y lograr cosas.

**RN:** *Tesonera por autodefinición y por resultados a la vista. Acceder a una jefatura tan joven. Después tu pasaje al Posadas y finalmente tu actual actividad.*

**MR:** En el Posadas, que es mi segunda casa, cumplo ya 38 años. Es el Hospital y el Servicio de Pediatría que me brindó la figura del Dr. Horacio Tocalino, entonces, Jefe del Servicio de Pediatría, que creó dos años antes, con pediatras del Gutiérrez, de la Sardá, del Elizalde y de otros hospitales... Todo era muy joven. Era un desafío

muy importante y cuando cada uno ya piensa: "me interesaría profundizar en tal especialidad". Me gustaba mucho Neonatología. Roté por la Sardá. Trabajé mucho en mejorar en el Castex y cuando llegué me dijo el Dr. Toccalino: "No, tengo tres especialistas neonatólogos que vienen de la Sardá, así que por el momento, no. Me interesaría la Inmunología".

Entonces fui al Instituto de Investigaciones Médicas. Estuve formándome con el Dr. Mann y la Dra. Marta Elizalde de Braco, tratando todas las técnicas de laboratorio y hacía guardias de Pediatría en el Posadas. Traté de traspasar todo lo que había aprendido del laboratorio del Instituto de Investigaciones y lo puse a punto en el laboratorio del hospital. Era una prioridad porque no se hacía y las supervisaba yo. Técnicas de complemento hemolítico total, inmunofluorescencia. No existían kits comerciales, así que una vez por mes usaba la posibilidad que teníamos en el Instituto de Zoonosis. Me daban una ratita, yo hacía los cortes correspondientes y ese día procesaba todas las muestras (no se podía mantener congelado, había que hacerlo en el día). Empezaba muy temprano y terminaba a las 7 u 8 de la noche. Ese día era dedicado solamente a la inmunofluorescencia. Por la patología que nos mandaban, de a poco, me fui acercando a la Gastroenterología. Un primer trabajo que realicé con el Dr. Horacio Repetto, sobre complemento hemolítico total en la glomerulonefritis estreptocócica, fue publicado en la Revista *Medicina*, que en ese momento era muy importante.

En el año '74 se presentó en el Congreso de Investigación, previo al Congreso Mundial, que se hizo en Escobar. Hubo una reunión cerrada y tuve que presentar el trabajo oral. Me acuerdo el *stress*, pero también que uno jalona la historia con hechos de mucho desafío. Ese trabajo lo presentamos ante un público super selecto. Desde Gianantonio, Margarita Vitaco, todos... o sea, toda la Pediatría ¡y después publicado!

Me fuí acercando a gastro y más específicamente a la patología y, bueno... Ahí tuve el trato cercano con el Dr. Toccalino, aunque solo cinco años porque el falleció en el '78. Pero yo siento que si a mi me preguntan: ¿quién te marcó en tu carrera? es el Dr. Toccalino. Su forma de ser, el trabajo metódico, el no dejar pasar, el trabajar en forma constante. Él decía (lo tenía escrito en la pared); "El futuro es prepotencia de trabajo".

**RN:** *Te escuché decirlo en la apertura del 35º Congreso de SAP.*

**MR:** Sí. Él lo tenía escrito y lo grabó en nosotros. En el '77 empecé a acercarme a gastro. Primero hice guardias a montones. Fui médica de planta, Jefa interina de gastro y después Jefa por concurso hasta el 2006 en que pasé a Jefa del Servicio de Pediatría del Hospital Posadas.

Otro desafío, yo decía: "ya soy grande para esto", pero me presenté por ser apasionada de mi especialidad y porque muchos médicos me lo pidieron. Gané el concurso y lamentándolo mucho tuve que alejarme de la especialidad en el Hospital. Las dos cosas no se pueden hacer bien, es una o la otra. El cargo de la gestión de Pediatría requiere tiempo completo. Sigo con mucho gusto en ese desafío constante.

**RN:** *¿Qué cantidad de niños atienden en Pediatría?*

**MR:** Alrededor de 100.000 consultas anuales entre las guardias y los consultorios programados. Tenemos 110 camas y la parte de cirugía cardiovascular, que implementamos previo al Programa.

Nosotros ya habíamos empezado a trabajar y fue también un logro pasar de 4 camas a 8 y ser uno de los Centros de la Red correspondiente al Programa de Cardiopatías Congénitas (habiendo una lista numerosa de espera) y tener un lugar de referencia. Hubo intentos pero se discontinuaron. Hoy hay un Programa que está funcionando con hemodinamia, tenemos todas las secciones. Posiblemente en la nueva estructura de Pediatría pase a ser Departamento. Cada sección, que prácticamente es un Servicio, pase de Sección a ser Servicio, que creo es lo adecuado. Es comparable con adultos por caudal de consultas, número de camas, ya que, aunque no dependan de mí, está Neonatología, el Departamento Materno-Infantil y la Unidad de Cuidados Intensivos que dependen de la Coordinación. Las camas propias más estas, son alrededor de 250 o sea que... trabajamos. Hace muchísimos años que trabajamos juntos.

Hay armonía. Prácticamente no necesitamos mucha ayuda de afuera salvo en hechos puntuales. En este momento, por ejemplo, en mi especialidad, los trasplantes se hacen fundamentalmente en el Garrahan.

**RN:** *¿El Posadas crece?*

**MR:** Sí, nuestro Hospital tiene una estructura muy buena, ha resistido desde los años 50, porque el material es óptimo, hay mármol, tiene esas escaleras, el bronce... El Hospital está en obras. Hay una inversión del Estado que le hacía falta.

Hace muchísimos años que no teníamos este *aggiornamento*. También en estructuras como la cocina, el lavadero... hay toda un área, casi como el mismo edificio, de consultorios externos, 19 quirófanos... Es una obra que empezó a fines del 2010. Uno ve hospitales nuevos, muy deteriorados.

**RN:** *¿Qué población se atiende en el Posadas?*

**MR:** El área de influencia es de alrededor de dos millones y medio de habitantes. Toda la zona Oeste, Matanza y Región 5ª.

Al ser un Hospital Nacional, para muchos es de referencia, así que de las provincias también recibimos pacientes.

Y, por supuesto, la zona de Región 7ª, todo lo que es más cercano. La gente sabe que ahí le solucionan los problemas. Tanto en la guardia como en la consulta, la demanda espontánea es prácticamente abierta.

**RN:** *¿Qué destacarías en tu experiencia?*

**MR:** Quiero rescatar como hecho paralelo dentro de todos estos años de actividad, el acercamiento a trabajar en la Sociedad.

En el año '89 me acerqué a trabajar en Educación Continua y en el '93 entré en Comisión Directiva, siendo presidente el Dr. José María Ceriani Cernadas. A partir de ahí quedé en Comisión Directiva. Viéndolo retrospectivamente, pienso que en cada gestión y en cada lugar donde tuve que desarrollar una actividad dejé algo. El hecho es que en cada Comisión Directiva uno tiene una misión.

En la gestión del Dr. Ceriani creé, bajo su pedido expreso, la Subcomisión de Investigación, de la que hubo un antecedente hacía muchos años, pero no continuó.

Empezamos a trabajar con el Dr. Heinrich y con varios pediatras. Tuvimos la posibilidad de contactar con el especialista en estadística Lic. Arnaldo Gatz, que venía de Estados Unidos y que fue de mucho apoyo en los cursos de Metodología, hasta hacer el Primer Encuentro Nacional de Investigación, en la sede Dr. Carlos Gianantonio y después anualmente. Empezamos a hacerlo en provincias: Mendoza, Salta, Chubut, San Luis, Santa Fe, Catamarca (quizás olvidé alguna). Del año '93 al '96 estuve desarrollando esa actividad. La nueva modalidad es realizar un curso previo el año anterior, para motivar a los pediatras a que investiguen y presenten cuando se hace el curso, cuando se hace el encuentro en su provincia.

Después pasé a Educación Continua, donde creamos la Red Nacional con el objetivo de que

todos los pediatras del país tuvieran las mismas oportunidades de llegar, que sus cursos o jornadas se acreditaran de la misma manera. Entonces asignamos créditos.

Trabajamos en conjunto con el Consejo de Evaluación Profesional y la Subcomisión de Educación Continua, para lanzar esta Red Nacional porque pensábamos que tiene que cumplir los requisitos de ser programada, evaluada y acreditada. Para medir eso, todos en cada lugar tenían las mismas oportunidades. Pasamos de ciento y pico de cursos en 2003 a más o menos 250 en 2010. Cuando se creó PRONAP, en el año '93 yo estaba trabajando con la Dra. Ageitos y el Dr. Lejarraga. Es grande la adherencia que tiene este programa. Como dice Marilú Ageitos, la feminización de la Pediatría ha hecho que muchas sean mujeres y la mujer donde va, lo lleva, lo lee.

La plataforma educativa de EDUCASAP ofrece también los Cursos de Fundamentos y otras especialidades.

**RN:** *Has sido impulsora de la regionalización de SAP...*

**MR:** La regionalización la hizo el Dr. Berri en el año '74 y lo que tratamos todos, muchos de los presidentes, es respetarla y reforzarla. Uno piensa esto, lo de la Red de Educación Continua. Me ponía en el pensamiento de un pediatra de Jujuy, que decía: "Hay un curso el viernes". No podían venir, realmente. Venían los que estaban cerca, y ni siquiera a veces podían los que estaban cerca, por razones de horario, de seguridad. Se han levantado varios cursos. La gente prefiere una jornada de un día.

Uno de los objetivos principales de la Sociedad, desde su creación, es la promoción y fomento de la salud de los niños, niñas y adolescentes y la capacitación del pediatra.

Son los dos ejes por los que pasa todo. La educación continua es la base, lo fundamental.

**RN:** *Antes de ser Presidente ¿cuántos años fuiste Secretaria de SAP?*

**MR:** Siempre estuve 3 años en cada lugar. Desde el '93 estoy instalada (se ríe...).

**RN:** *Quiere decir que cuando finalmente te nombran Presidente, con toda tu experiencia, con tu actividad premiada, con 37 artículos publicados, con cantidad de casuística también presentada ¿ya sabías que te ibas a topar con el desafío del Congreso del Centenario?*

**MR:** Yo era Secretaria General, era Presidente el

doctor Beltramino y en un Congreso de la Asociación Latinoamericana, de la ALAPE, que se había hecho en Panamá, empezaron a decirme (la Dra. Paula Otero, me acuerdo): “¿vos te das cuenta que si seguís a este ritmo, ahora sos Secretaria, vas a ser Vicepresidente y cuando seas Presidente, vas a tener el Centenario?”.

La verdad es que yo, por mi forma de ser, no pienso en el trabajo. Lo tenía como horizonte, la verdad es que no me lo propuse (se ríe...) se dio naturalmente.

**RN:** *Qué orgullo, ¿no?*

**MR:** Es un orgullo. A su vez cuando en 2008 comenzamos nuestra gestión hicimos un plan estratégico (vos conocerás los puntos). Haciendo un repaso, creo que se han cumplido en un porcentaje muy alto. Cuando uno se propone algo, va chequeando año a año lo que está pasando. Dije en Comisión Directiva, a la gente de Presupuesto, a la Dirección de Congresos, que si bien es cierto que íbamos a asumir todo el compromiso que era el Congreso del Centenario, no quería que nuestra gestión fuera solamente el Congreso.

No es por desmerecer ni sacar ni poner nada, sino por el hecho que yo había realizado un plan, donde iba a trabajar en la reducción de la tasa de mortalidad, ejercicio profesional, la educación continua, los convenios...

**RN:** *¿UNICEF?*

**MR:** UNICEF ha sido un logro. Si nos dedicábamos solamente a organizar un Congreso no íbamos a poder. Hubo un primer año de actividad exclusiva de la Comisión Directiva para todos estos objetivos y trabajando en equipo, formando los equipos de los comités de las distintas categorías del Centenario. Somos, el Comité Organizador, es la mesa ejecutiva de la Sociedad. Trabajamos desde hace bastante tiempo ya, todos los lunes con una parte dedicada al Centenario, pero sin perder el horizonte de que tenemos otra función.

Se me ocurrió lo del “Camino al Centenario” porque era federalizar la actividad. Tuve que decirle a cinco comités que no iban a realizar su Congreso sino que iba a ser reemplazado por una Jornada, porque uno de los elementos que había puesto en el plan estratégico, era la regulación de la demanda de eventos. El rol del pediatra, visto retrospectivamente a lo que es ahora, cambió. Las condiciones de trabajo son distintas, la posibilidad de moverse, de ir y además la herramienta que es Internet. La posibilidad de recibir

información hace que se cambie y se deba regular los Congresos de una manera importante, no que desaparezcan.

Cada comité tiene expectativas por tocar todos los temas en la Jornada. Debemos reducir, enfocar más y no diversificar. La gente no se desplaza como antes. Les cuesta, no pueden dejar su trabajo.

**RN:** *Recuerdo cuando hiciste el lanzamiento de la nueva Plataforma, en 2009. Se dice que es el portal hispanoamericano más consultado.*

**MR:** Exacto, la Web, nuestra página, tiene trece años más o menos y de las últimas mediciones, tanto del doctor Ariel Melamud como de la Dra. Paula Otero (nuestros “Web masters”) hablan de más de dos millones de visitas por más de 130 países. Es el portal de habla hispanoamericana más visitado, sin lugar a dudas. Publicaciones y Congresos son las áreas más visitadas. Ahora es un ejemplo el minisitio del Centenario.

**RN:** *¿Como ve la SAP el trabajo del pediatra con las nuevas familias?*

**MR:** Nosotros fuimos pioneros en el reconocimiento de estas nuevas familias ampliadas. Hubo un artículo en *La Nación* que refleja nuestra posición. Se hizo un documento consensuado con los comités, como grupos asesores de la Comisión Directiva, de Pediatría Social, de Adolescencia y de Pediatría Ambulatoria.

Pensamos que dada la bibliografía de otros países y trabajos donde fue medido (no en Argentina donde no hay experiencia) mientras los niños sean cuidados y queridos no difieren los resultados (si tienen esas condiciones) si son mujer-mujer, hombre-hombre, o mujer-hombre. Nos pusimos de acuerdo en que es una realidad.

**RN:** *Dentro de todos los macro-objetivos de tu gestión (he logrado contar como 18 o 20) se ve que la mayoría están o andando o realmente cumplidos a satisfacción.*

*Interesó muchísimo el tema de preocuparse por la trayectoria profesional, por el background. Hay también un sesgo social importante, ¿Qué estás esperando del Congreso del Centenario?*

**MR:** Bien lo define el Dr. Ceriani: tiene distintas miradas. Hacia el pasado, como el reconocimiento a los maestros. Cómo surgieron las especialidades, cómo se desarrolló la Pediatría. Hacia el hoy con todos los cambios y ver hacia el futuro como debe posicionarse el pediatra ante nuevas tecnologías, actividades, la frontera del conoci-

miento, lo que está por venir, sin perder el capital que tiene el pediatra.

Creo, es una de las pocas especialidades con un contacto tan humanístico, tan social. Y no solamente con su paciente, que es el niño, sino con la familia. La posibilidad de acercamiento y de ampliar su vínculo en cada consulta. Es lo que no debe ser solamente paciente-médico sino paciente-médico-familia. Eso no lo podemos perder. Si bien es cierto que posiblemente, los nuevos tiempos o las obras sociales y las prepagas, hacen que a veces se acorten los tiempos de disponibilidad del pediatra.

No somos una sociedad gremial, pero hemos trabajado mucho en el "como es" el desempeño del pediatra en su ámbito de trabajo (en la guardia, en el consultorio, en la internación) y sobre la satisfacción profesional.

Hicimos dos encuestas: la primera durante la presidencia del Dr. Mario Grenoville y ahora junto con UNICEF, la segunda (con una encuestadora profesional). Nos han asesorado para hacerla en todo el país, sobre esta realidad. Se hace un perfil del pediatra que es entrevistado.

Queremos tener números representativos para poder dialogar con las autoridades, diciendo qué es lo que se necesita: ¿cuántos años tiene desde recibido, hay neonatólogos, hay terapeutas, qué necesita en el consultorio, tienen horas de descanso...? Hay una gama de preguntas (con respuesta anónima) vía electrónica. Si tiene día libre, si hace guardia, si hace consultorio, cuál es su relación con la Sociedad de Pediatría. Si ha tenido problemas de estrés o el síndrome de "burnout". Creo que va a ser muy interesante como dato, que para el Centenario vamos a tener eso cuanti y cualitativamente expresado.

Es una encuesta muy completa, que va a ser importante como un broche de oro también para el Congreso ¿no?

**RN:** *Es bueno que los pediatras se sientan también cuidados, como los niños. En general, es toda una donación la Pediatría. Siempre se está dando. ¿Se sentirán más considerados?*

**MR:** Sí, yo creo que sí. La pregunta muchas veces es ¿y la SAP que nos da? (se ríe...). Entonces uno dice, bueno: en la parte de capacitación, los cursos, las publicaciones y el hecho también de poder ser un vocero ante autoridades y decir: "mire esto es lo que está pasando". Hemos tenido varias entrevistas con ministros. Si hay un problema tratar de ser como un catalizador o un mediador, diríamos, entre algunas entidades.

No es nuestra tarea específica, pero los niños y niñas que están en el medio son perjudicados. Debemos tener una actitud, diríamos, proactiva.

**RN:** *Aunque fueran parciales, dialogando con las autoridades el tema de los becarios, de la cantidad de horas, de no pautar tan pocos minutos por paciente, se consiguieron algunas cosas importantes.*

**MR:** Así es. Fue a partir de la primera encuesta. Hemos trabajado con el Ministerio de Salud de Nación. La Sociedad Argentina de Pediatría es una de las únicas sociedades que son evaluadoras de los programas de residencia, eso es una fortaleza impresionante. ¡Se hace trabajo en conjunto en todo el país!

Estamos trabajando, y ya firmamos un convenio con provincia de Buenos Aires para trabajar en las residencias porque hay a veces una disociación. Como es un país federal, hay planes con programas de residencia de distinta duración en el mismo territorio. En el Garrahan o en el Posadas ahora son cuatro años, en otros lados son tres.

El hecho es que faltan neonatólogos y terapeutas. Entonces se quieren hacer consecutivas, coordinadas, las dos, como que empiecen pediatría y terminen como especialistas. Son modalidades donde nuestro grupo de expertos en residencia están trabajando fuertemente. Estos son todos logros fruto de la gestión y de los convenios.

**RN:** *¿Y la familia? ¿Cómo te la has arreglado con semejante carrerón?*

**MR:** Tengo tres hijos. Nicolás de 37, Eleonora que va a cumplir 36 (de ella tres nietos maravillosos Franco de 8, Luca de 7 y Sofía de dos meses) y Tomás que tiene 31. De él una nieta que tiene 8 meses. Estudió administración de empresas y desde el 2007 vive en Estocolmo.

**RN:** *De los otros dos ¿alguno siguió Medicina?*

**MR:** Ninguno. Según ellos yo estudiaba mucho. Con mi esposo, el Dr. Héctor Parral, también hemos compartido muchísimos años juntos, más de 25. Los dos somos apasionados por nuestro trabajo y nos ha permitido trabajar tanto por la misma causa.

**RN:** *¿Y comprenderse también!*

**MR:** Exacto, exacto. Porque requiere llegar tarde (hace 12 años que vivo en Marcos Paz así que es bastante alejado). Los viajes, el consultorio, el hospital, es todo un mix, pero realmente uno lo hace con mucha pasión.

Amo la sociedad, amo el Hospital. Lo único que



puedo brindar es trabajo y compromiso. Y con la gente joven, los residentes, tratando de conseguirles algo. Uno siempre está, uno tiene que estar en el lugar de mayor demanda y donde lo necesitan.

**RN:** *¿Consejos para los más jóvenes?*

**MR:** Uno nota que hay cambios. No decimos que tiempo pasado fue mejor o que nosotros éramos mejores. Hay cambios generacionales y se escucha a menudo: "Bueno termino la residencia, hay posibilidad de entrar, ¿y la beca?". Eso significa: ¿me van a pagar enseguida? Por ahí es más sano que lo nuestro... que nosotros... Toccalino decía algo y nos quedábamos hasta las 10 de la noche haciendo todo.

Creo que son distintos escenarios, distintos tiempos. Se cuidan más, exigen más del sistema. Se ve una actitud distinta (no es por crítica, es distinta). Nosotros lo hacíamos más desinteresadamente. Creo que ellos respetan más los horarios, el tiempo para la familia.

**RN:** *¿Novedades en ALAPE?*

**MR:** La Sociedad Brasileira de Pediatría (tiene 101 años y es la más antigua de América Latina) antecede a la de Madrid, Estocolmo y París casi 10, 20, 30 años.

En el Marco del Centenario vamos a hacer una reunión, van a haber mesas redondas donde van a estar invitados los presidentes del Cono Sur, Bolivia, Chile, Paraguay, Brasil y Uruguay. La vamos a coordinar el Dr. Villamizar, que es el Presidente de ALAPE, y yo, porque queremos tratar de unir lo que es ALAPE, con el Cono Sur.

La Sociedad Paraguaya está muy interesada en el proceso de certificación y recertificación; nos piden ayuda.

En Uruguay tengo que ir el mes que viene a una mesa de recertificación. O sea que hay muchas cosas que uno ha sido ejemplo, pionero en este tipo de actividad. Y los países obviamente.

De esta nueva ALAPE, yo soy la Secretaria General (esto se me había escapado, en tiempo de ocio del 2009 al 2012). Hemos trabajado y tratado que los representantes de las Sociedades sean los representantes en ALAPE.

Este último año en Panamá se hizo un Simposio de Actualización. Ahora vamos a hacer una reunión de Comisión Directiva en el marco del Centenario.

**RN:** *¿Jugarás de local?*

**MR:** (Risas) Sí, de local!

### Nota de la Redacción:

Este reportaje se efectuó con anterioridad al **Congreso del Centenario** realizado en Buenos Aires del 13 al 16 de septiembre de 2011. Los principales referentes del país y del mundo (Sudáfrica, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Francia, Puerto Rico, Colombia, Panamá, Costa Rica y Grecia) participaron en este evento bajo el lema "*Cien años por un niño sano en un mundo mejor*". El encuentro de alta calidad científica convocó, en un clima afectuoso y comunicativo a más de 7.000 profesionales.



## LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS ESCUELAS

**Dr. Gustavo Bardauil**

Médico pediatra

En un importante proyecto colaborativo, el Círculo Médico de Matanza y la Fundación Sociedad Argentina de Pediatría están desarrollando una estrategia de promoción de la Salud en las escuelas del partido en conjunto con la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, Jefatura Regional N°3 (gestión estatal y Privada) del Distrito de La Matanza.

Hemos visitado escuelas de Virrey Del Pino, González Catan y Laferrere.

Hubo comentarios elogiosos y publicados en el *Boletín del Círculo Médico de La Matanza*, por

las Inspectoras del área, resaltando jornadas muy positivas para la gente.

Los temas centrales fueron: Higiene, Reglas de Oro de la OMS, SUH, Vacunas, Prevención de Patologías Respiratorias, Aditivos, etc.

Este programa se desarrollará en 600 escuelas del distrito de la Matanza y se entregó un libro de *Promoción de la Salud en las Escuelas*, a través de Fundasap. El compromiso es con nuestra comunidad a través del programa concretado por el Dr. Manuel Maza y con la colaboración de Pediatras del Área Metropolitana de nuestra Sociedad Argentina de Pediatría.



## ECOS DE LAS IX JORNADAS

Los días 8 y 9 de abril del corriente año, se realizaron las IX Jornadas de la Región Metropolitana, bajo el lema “*Violencia en el ámbito infanto juvenil. Una realidad que nos preocupa*”. Prestigiosos disertantes nos dejaron conceptos y enseñanzas que los Editores queremos difundir a través de *Noticias Metropolitanas*.

### LAS VIOLENCIAS DE AYER Y DE HOY CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Dra. Eva Giberti**

*Licenciada en Psicología, Doctora Honoris Causa en Psicología, Docente Universitaria (Universidades nacionales y latinoamericanas), Coordinadora del Programa “Las víctimas contra las violencias” del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2006 a la actualidad), Fundadora de Escuela para Padres de Argentina (1957-1973).*

*Entre sus libros: Incesto paterno filial, Políticas y Niñez, Adopción siglo XXI, La Familia a pesar de todo, Vulnerabilidades y malos tratos contra niños y niñas en las organizaciones familiares. Y otros.*

Las violencias habituales resultan de la omisión o deficiente aplicación de las políticas públicas y sociales destinadas a la prevención, asistencia y erradicación de la pobreza extrema y sus derivados. También forman parte de las violencias habituales, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos que sobrellevan púberes y adolescentes y las violencias culturales que padecen los niños y niñas transgéneros, que constituyen un capítulo clave, último, no porque recién aparezca sino porque recién parecería que hay serias discusiones sobre el tema entre los pediatras. Es decir, qué pasa con la presencia de niños transgénicos y niños que se transvisten tempranamente (por lo menos en la provincia de Buenos Aires los encontramos entre los 10-11 años)

O sea, las violencias son las habituales, derivadas de las intervenciones sociopolíticas y las otras que también son habituales, pero estaban ocultas.

En este evento sintetizo diversas prácticas violentas, históricamente instaladas, y enuncio algunas nuevas, que enumero pensando en las decisiones que actualmente deben asumir los pediatras. Si bien los delitos contra la integridad sexual, como la trata de personas, que involucra a miles de niñas y adolescentes y la explotación sexual, que compromete a otras tantas, no forman parte de la cotidianidad de los consultorios, están dentro de lo que deben asumir los pediatras, dado que afectan a púberes (12,

13, 14 años). Aparece este nuevo fenómeno, que siendo tradicional, viejo y antiguo, se encuentra con las víctimas de trata, que son víctimas particulares, que no tienen que ver con otras víctimas de otra índole de delitos.

Como dijimos, todo esto no forma parte de la cotidianidad de los consultorios de todos los pediatras. Sí en cambio, el consumo de sustancias psicoactivas, asociadas con los delitos que acabo de mencionar, no son infrecuentes en las consultas que se atienden en zonas del conurbano. La necesidad de consumir esas sustancias desemboca reiteradamente en la explotación sexual comercial de niños y niñas, posible de ser detectada por los pediatras que atienden en las salitas barriales o ingresando en áreas villeras.

Este comercio de explotación sexual depende de adultos, incluyendo con cierta frecuencia a familiares de los chicos, que son los que ofrecen la mercadería. Si, cumpliendo con la ley, los pediatras denunciaran a los rufianes de las niñas, en el caso de explotación sexual, y considerando que en oportunidades son miembros de la familia, puede suceder que la niña no vuelva a la consulta o que el pediatra, si trabaja en zona peligrosa, sea atacado. Este fenómeno no es ajeno al mismo cuerpo de delitos que se encuentran en zonas urbanas, clasificadas como pudientes, con otras características: no encontramos explotación sexual comercial, pero si incestos y violaciones, que no añaden novedad a lo históricamente conocido.

El programa de *Las víctimas contra las violencias* del Ministerio de Justicia de la Nación, tiene tres brigadas que trabajan en CABA, que responden a las llamadas de la línea 137. Este número funciona las 24 hs y recibe llamadas por violencia familiar: puede llamar la víctima, un familiar, a veces llaman los chicos. Las brigadas concurren a la escena de la violencia y están formadas por una psicóloga, una trabajadora social y dos policías no identificados como tales para proteger al equipo. Al entrar se ve la escena de la violencia, se puede ver a los niños debajo de las camas, acurrucados en las faldas de la madre o detrás de sillas. Son víctimas al ser testigos

de violencia, que es un tipo de fenómeno particular en cuanto a lo que significa ser víctima de violencia, ser testigo de violencia.

Como dato estadístico, en 2010, comparado con el 2009, hay 51% más de violencia contra los niños (niños golpeados) en casos de violencia familiar.

Otra brigada es la de *Violencia Sexual*, son dos mujeres que concurren a las comisarías para entrevistar a las víctimas de violación. Ningún policía puede hablar con estas víctimas (para evitar interrogatorios innecesarios); deben llamar a la brigada cuando estas llegan a la dependencia policial. También llegan madres con niños víctimas de violencia sexual, o llaman de escuelas o centros de salud.

El abuso sexual ha aumentado y el grupo en que más ha aumentado es el de niños entre 5 a 11 años (estos datos suman la estadística de la brigada de violencia sexual y la línea 137).

Un fenómeno que el pediatra encuentra en el consultorio es la circulación de sustancias psicoactivas, inducidas prioritariamente por otros niños o niñas. Esto instaura un dilema ético respecto del secreto profesional: ¿advertir a los padres? Estos, aun estando presentes en la consulta, pueden no haber asumido que el hijo consume, pero el pediatra puede sospecharlo. Se denomina situación de riesgo, diferenciándolo del peligro. El chico está en peligro, pero lo asume como riesgo personal, si uno asume el peligro crea la situación de riesgo. Y si el pediatra conoce la Convención de los Derechos del Niño, que tiene rango de Constitución Nacional, se encuentra con el artículo 16: “Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, etc., ni de ataques ilegales a su honra y reputación”. O sea, no intervenir si el niño no quiere que el tema se mencione.

Este artículo de la Convención ha sido mal digerido por incontables adultos, quienes afirman que “ellos no les revisan sus cosas a sus hijos”, pero en la segunda parte del artículo 14 la Convención es clarísima: “Los Estados partes respetarán los derechos y deberes de los padres y en su caso de sus representantes legales, de guiar al niño y adolescente en el ejercicio de su derecho, de modo conforme a la evolución de sus facultades”. El pediatra puede decirles a los padres que revisen las cosas de sus hijos. Es el pediatra el que se hace cargo de la sospecha del consumo, en tanto y en cuando se encuentra incluido en las violencias que el consumo y sus dealers desencadenan contra los niños y las niñas.

### **Golpear o defensa de derechos**

La cita de la Convención no es casual, porque su aparición en 1989 marcó un paradigma de la

modernidad, al implementar jurídicamente los derechos de niños y niñas, oponiéndose al paradigma tradicional que autorizaba a golpear y maltratar a los chicos, “para educarlos” o porque los adultos necesitaban hacerlo para ejercer su autoridad.

El antiguo paradigma simbólicamente cae y se instala el que corresponde a los derechos del niño. Por paradigma entenderé “un conjunto de ideas o situaciones que reflejan algún tipo de peculiaridad”. Los paradigmas no sólo forman nuestros pensamientos, también orientan nuestras percepciones y experiencias de la vida.

Cuando una civilización se desplaza de un paradigma a otro, se produce un cambio que compromete la esencia misma de nuestra vida y representa mucho más que un cambio de ideas. Junto con el paradigma que incluye los derechos de los niños y niñas surgieron los nuevos estilos paradigmáticos de los medios de comunicación, junto con la informática y la globalización. Ya no se pudo negar la violencia –internacionalmente reconocida– contra niños y niñas, violencias naturalizadas u ocultadas como los abusos sexuales, los incestos, las negligencias, los golpes y castigos feroces, aquello que “siempre fue así”, según la clasificación del imaginario social, que lo da por hecho y aceptado.

Sin embargo, ante las evidencias cotidianas de criaturas saturadas por los malos tratos y los abusos, víctimas de pobrezas extremas, de enfermedades, infecciones, víctimas de pornografía y de tráfico (a veces con el argumento de la adopción), debemos asumir el fracaso de la puesta en acto de la Convención en tanto y cuanto es un instrumento que se esperaba fuese eficaz en los hechos y no solamente en la declaración de sus principios. Afirmación que relativizó debido a los permanentes esfuerzos de los organismos internacionales para resolver estas catástrofes que desembocan sobre el territorio de las niñeces.

Debemos añadir que ahora son los niños y niñas, inducidas por el ejemplo que los adultos proveemos, quienes se filman a sí mismos violando a un compañero en un baño de la escuela o niñas que se suben a YouTube en intentos de ejercicios pornográficos, solitarias o acompañadas. O sea, la victimización recreada por sus protagonistas que se suponen dueñas y dueños de la situación y se desconocen como víctimas de un proceso cultural/moral y estético.

La brigada se ocupa de recorrer las calles y ver cuando hay un sujeto que esta tramitándose a una niña 12,13, 14 años en un barrio, pudiéndose reconocer a una cuadra mas allá al rufián o rufiana, que suele ser el hermano mayor, tío, madre, etc. Si se detiene

al sujeto, es imposible entenderse con estas niñas, ya que no comprenden que son víctimas, porque para ellas están trabajando.

### **Modernidad no equivale a modernización**

Cuando el paradigma transforma en denuncia las violencias contra los niños estamos en un paradigma de la modernidad, diferenciándose del antiguo modelo que admitía las violencias como correctivas. Es decir estábamos con la siguiente conjunción: o el viejo modelo educativo o con los Derechos del Niño, que es lo que propicia la modernidad. Simbólicamente esto se armó como un paradigma que iba a sustituir en la modernidad a otro. Pero ya no es así. U. Beck lo plantea claramente: no se trata de la modernidad sino de modernización, donde se producen ambas cosas a la vez. Es una estrategia aditiva, de suma y complementación: ejercer violencia contra los niños y niñas y al mismo tiempo proponer la Convención de los Derechos del Niño. Cambiamos la conjunción: lo que debió ser O es Y. Lo cual constituye un nuevo paradigma, propio de la modernización, derivado de la modernidad. La conjunción Y une lo que debió mantenerse separado; una vez que apareció la Convención quedaba a la vista "basta de violencia contra los chicos", porque era la violencia antigua O los Derechos del Niño. Parecería que se hubiesen elegido los derechos del niño, pero las evidencias demuestran que no es así, porque las violencias contra ellos arrecian a la par de las reuniones internacionales en defensa de sus derechos.

### **El paradigma emergente**

Podemos hablar del surgimiento de un paradigma emergente. Estamos en la situación de Y. El paradigma emergente se caracteriza por reconocer la realidad y dónde están posicionados los profesionales. Se caracteriza porque reclama que nosotros logremos una nueva perspectiva que incluye una modificación de conciencia, mirándonos a nosotros mismos y advirtiendo lo que está pasando, escuchando las declaraciones internacionales y las políticas de entrecasa, porque son necesarias. Pero no alcanzan. Parecería necesario reconocer la articulación conjuntiva que la Y propone, como tránsito entre dos estilos culturales, que es la conversión y asumir que sigue el aumento la violencia. El cambio que propone el paradigma emergente reside en la posibilidad de resistirse a las repeticiones de frases, de quejas y de asombros ante lo que está sucediendo, empezando por reconocer la infinita soledad en que crecen niños y niñas desde muy temprano. Por ausencia o carencia de figuras tutelares.

Parecería que es insuficiente el acompañamiento amoroso que precisa el desarrollo neuronal de los primeros tiempos de la vida y entonces los niños acuñan soledades y terrores por ausencia de adultos continentes. Es posible pensar que de este modo se facilita la aparición de personalidades borderlines y narcisistas carentes de empatía con los otros. O sea, algunas de las que priorizan los códigos violentos de la convivencia.

La idea de familia en la actualidad no responde a lo que nos enseñaron "debía ser", aunque continúa persistiendo como necesidad básica del sujeto. Será inútil pretender que vuelva a ser lo que nos contaron que era, salvando excepciones. Los padres actuales (generalización impropia) viven expuestos a situaciones traumáticas, algunos consumen sustancias y psicofármacos, automedicados en busca de alivios, estamos autorizadas a pensar que los hijos acumulan durante su desarrollo el estrés parental que registran (dicho sea simbólicamente). Lo que podría conducirlos a incorporar sin matices, priorizando lo excesivo, las situaciones habituales por las que atraviesan, sin contar con las defensas psicológicas adecuadas.

### **Terminar con los lugares comunes, repitiendo lo mismo**

El paradigma emergente que mencioné, como surgimiento de un modelo que un conjunto de filósofos actuales solicita sustituir la irritación, la desesperanza y la inmovilidad por un propósito esperanzador de cooperación en lugar de la autoridad centralizada. No se trata de reiterar las preocupaciones acerca de los chicos, sino confiar más en uno/a mismo/a, lo que significa resistirse a repetir los lugares comunes, dando cabida a los nuevos criterios que representan las nuevas realidades: hijos de la fertilización asistida, las madres lesbianas, las familias gays, (todavía no estamos autorizados para evaluar que estas puedan ser situaciones traumáticas para los chicos, debemos aprender a convivir con esto y luego ver si son situaciones traumáticas) y un particular modo que tienen los niños y las niñas actuales de entender la autoridad de los adultos. Novedades que resultan ser violencias para nuestras maneras tradicionales de pensar y que, al desconcertarnos, nos irritan. El desconcierto de los adultos, por ejemplo ante el manejo de las nuevas técnicas informáticas, por parte de niños, niñas y adolescentes, genera un clima violento en relación con innumerables adultos, a los que les "sacan ventaja" cotidianamente, toda la autoridad del saber adulto hace clic-clac. Comprobamos que hay maneras de vivir y estar en

el mundo que no coinciden ni con lo que creíamos saber ni con lo que todos elegiríamos.

Al habernos trasladado desde un paradigma hacia otro, desde la modernidad hasta la modernización, los golpes contra los chicos O la Convención de los Derechos del Niño hemos transitado al Y. Es decir, la Convención Y la violencia contra los niños. Ensambladas. Nos sentimos absolutamente incómodos. Es el clima que están registrando los pediatras por ser quienes están en el inicio, los que develan aquello que están atendiendo de una manera distinta, desde otra preocupación.

El fenómeno demanda un cambio de conciencia, no una manera de juzgar y criticar. Lo que significa una revisión ética y personal sobre sí mismo cuando no sabemos qué hacer con las diversidades culturales, con las lesbianas que se instalan como dos madres y a los hijos de fertilización asistida, a los que han empezado a decirles que en su concepción intervino un señor que no sabemos quién es. Y a quien el niño se parecerá cuando crezca.

Ahora tenemos que yugular las distintas formas de violencia sabiendo que estamos involucrados en los que les sucede a los chicos; porque estamos profun-

damente interconectados con la gestación de esas violencias, puesto que el cambio ha incluido prácticas violentas contra los niños de diferentes modos, que también, sin duda alguna, hay que oponerse y los pediatras son protagonistas privilegiados, pero sin pretender que todo vuelva a ser como antes. Porque aquel tiempo de antes ya partió. Se trata de una mirada alejada de la imbecilidad que insiste en hablar de “la niñez” sin cotizar las violencias que les imponemos.

En la intersección de familias con características propias, de escuelas exprimidas por el conflicto laboral cotidiano y de niños testigos y aprendices de lo que les mostramos, los pediatras se mueven como un salvoconducto para estos niños y niñas mientras los acompañan, es un salvoconducto para atravesar los territorios de la infancia hacia los circuitos de la adultez. Es un quehacer distinto porque no había sido ésa la pretensión inicial de la pediatría. Pienso que ahora es así como sucede.

\* Comentarios para la IX Jornada Metropolitana de Pediatría, abril de 2011. Tema: “Violencias antiguas y violencias actuales contra niños y niñas”.

*Para ampliar estos resúmenes se puede recurrir a las grabaciones y videos de las Jornadas (pueden encontrarse en la página web de la SAP: [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar))*



## DIARREA AGUDA

**Dra. María Corina Fierro**  
*Médica pediatra*

Es una enfermedad frecuente en países subdesarrollados. Se producen aproximadamente entre 1 y 8 episodios (dependiendo del medio social) por año en cada niño menor de 5 años. En estos países, el 9% del total de las hospitalizaciones en menores de 5 años, son por diarrea.

La diarrea y la malnutrición están estrechamente relacionadas: menor ingesta de alimentos durante el episodio de diarrea lleva a más pérdida de peso y malnutrición. A su vez la diarrea es más severa y más prolongada en niños mal nutridos.

El saneamiento ambiental con provisión de agua potable, sistema cloacal y el control bromatológico de alimentos y bebidas, disminuyen drásticamente la incidencia de esta patología.

### DEFINICIÓN

Es el aumento en la frecuencia de las deposiciones diarias (usualmente 2 o más veces del patrón diario habitual) o el cambio en la consistencia de las mismas (blandas, pastosas, líquidas), con pérdida

variable de agua y electrolitos y cuya duración es menor de 14 días.

Los microorganismos causantes de diarrea son adquiridos por transmisión fecal oral, por transmisión de persona a persona, o por vía de alimentos y/o agua contaminada

### CUADRO CLÍNICO

Se engloban una cantidad de signos y síntomas que pueden ser causados por una gran variedad de microorganismos con distintos mecanismos de acción. Una anamnesis detallada orienta hacia la etiología y factores de riesgo, y el examen clínico determina el estado de hidratación, nutrición y enfermedades concomitantes.

### Características clínicas según etiología

a) **Viral:** generalmente afecta a lactantes y niños pequeños, con cierta prevalencia en otoño siendo de comienzo brusco, con vómitos y fiebre que preceden en varias horas a las deposiciones

diarreicas. *Rotavirus*, *Adenovirus entérico*, *Calicivirus* y *Astrovirus* son los principales.

- b) **Bacteriana:** Más frecuente en verano en niños mayores y con condiciones deficitarias de higiene personal, ambiental o alimentaria. Son diarreas acuosas, con moco y sangre, acompañadas de cólicos, pujos y tenesmo. *Escherischia Coli Enteroinvasiva* (ECEI), *E. Coli Enterohemorrágica* (ECEH), *E. Coli Enteropatógena* (ECEP), *E. Coli Enteroadherente* (ECEA), *E. Coli Enterotoxigénica* (ECET), *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter Jejuni* y *Yersinia* son los principales.
- c) **Parasitaria:** La *Entamoeba Hystolítica* puede causar diarrea mucosanguinolenta generalmente con poco compromiso del estado general. *Cryptosporidium Parvum* y *Giardia Lamblia* si bien se asocian a diarrea prolongada, pueden provocar circunstancialmente episodios de diarrea aguda.

### Características clínicas según el estado de hidratación

Se valorará como una deshidratación leve, las pérdidas agudas en proporción menor o igual al 5% del peso corporal; moderada del 5 al 10% y grave mayor del 10%, asociado o no a signos de shock hipovolémico.

|                        | Normohidratado                 | Leve y moderada                 | Grave                                       |
|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Sed                    | Normal                         | Más de lo normal                | Excesiva                                    |
| Aspecto                | Normal                         | Irritado o somnoliento          | Deprimido o comatoso                        |
| Orina                  | Normal                         | Poca cantidad. Oscura           | No orinó por 6 o más hs.                    |
| Ojos                   | Normal                         | Hundidos                        | Muy hundidos                                |
| Boca y lengua          | Normal                         | Secas                           | Muy secas, sin saliva                       |
| Respiración            | Normal                         | Más rápida y profunda           | Muy rápida y profunda                       |
| Elasticidad de la piel | Pliegue se deshace con rapidez | Pliegue se deshace con lentitud | Pliegue se deshace muy lentamente (>2 seg.) |
| Fontanela              | Normal                         | Hundida                         | Muy hundida                                 |
| Pulso                  | Normal                         | Más rápido de lo normal         | Muy rápido, fino o no se palpa              |
| Llenado capilar        | < 2 seg                        | 3 a 5 seg                       | > 5 seg                                     |

El 90% de las deshidrataciones son isohipotónicas. Muy poco frecuentes son las hipernatremicas, en donde predominan los signos que evidencian deshidratación celular: sed intensa, piel seca y caliente, pliegue pastoso, irritabilidad, hiperreflexia y raramente shock.

### SIGNOS DE ALARMA

- Signos de shock (sensorio deprimido; pulso rápido, fino o no palpable; llenado capilar >5 seg.
- Alteración del sensorio.
- Estado toxi-infeccioso.
- Acidosis metabólica severa.
- Abdomen distendido y doloroso a la palpación.
- Vómitos biliosos.

### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico. En la mayoría de los casos no se requiere de ningún examen complementario. Cuando se justifiquen, estarán orientados a evaluar:

- 1) Disturbios hidroelectrolíticos y metabólicos: EAB, ionograma, función renal, glucemia. Si existen signos clínicos y/o radiológicos de enteritis, se debe realizar frotis de materia fecal y hemograma.
- 2) Búsqueda etiológica.

Indicaciones de coprocultivo:

- Menores de 2 meses.
- Desnutrición de grado III.
- Cuadro clínico de enteritis.
- Inmunodeprimidos.
- Diarrea mucosanguinolenta.
- Presunción de sepsis con foco enteral.
- Diarrea de más de 10 días de evolución.
- Diarrea intrahospitalaria.
- Antecedentes epidemiológicos de germen enteroinvasor.

### TRATAMIENTO

Los pilares básicos son:

- a) Reposición de líquidos y electrolitos, por vía oral o parenteral y
- b) Realimentación lo más precoz posible.

En el 95% de los casos el tratamiento es ambulatorio.

### PLAN A: ambulatorio. Paciente normohidratado

- Dar más líquido de lo usual para prevenir la deshidratación. Después de cada evacuación; sales de rehidratación oral (SRO) 10 ml/kg.
- Dar alimentos acorde a edad y estado nutricional.

### PLAN B: *Paciente con deshidratación leve a moderada. Rehidratación con (SRO)*

- Ofrecer SRO 20-30 ml/kg cada 30 minutos, continuando hasta la desaparición de signos clínicos de deshidratación, por un período de hasta 4 hs. Se puede extender 4 hs más, si el paciente ha mejorado pero no han desaparecido los signos de deshidratación. Cuando el paciente vomite se ofrecerán volúmenes menores, que se incrementarán posteriormente de acuerdo con la tolerancia.
- Uso de sonda nasogástrica :
  - 1) Rechazo manifiesto de las SRO.
  - 2) Vómitos reiterados en 3 o más oportunidadesRitmo de infusión: 20 ml/kg cada 30 minutos. Si no tolera; gastroclisis 0,5 ml/kg/min durante 30 minutos y luego pasar a 1 ml/kg/min.
- Cuando el paciente se hidrata, pasa al plan A. De no lograr hidratación en 4 a 6 hs, se debe indicar hidratación EV.
- Contraindicaciones: sepsis, alteraciones severas del estado de conciencia, íleo, dificultad respiratoria grave. En los pacientes con patología renal o cardíaca asociada, se deberán extremar las precauciones debido al alto aporte de sodio.

**PLAN C: *Paciente con deshidratación grave; fracaso y contraindicación de hidratación oral***  
Shock. Manejo hospitalario en internación. Consiste en la hidratación parenteral. En pacientes con shock, el primer paso será la expansión con solución fisiológica, 20-30 ml/kg, en menos de 30 minutos. Una vez revertido el shock o en pacientes sin shock, se continua con hidratación endovenosa rápida con solución poli electrolítica.

### REALIMENTACIÓN

- En la diarrea sin deshidratación o con deshidratación leve no se suspende la alimentación, habiendo avidez y tolerancia.
- En la deshidratación moderada, se inicia la realimentación una vez lograda la hidratación y probada la tolerancia.

Se hará de la siguiente manera:

- Mantenimiento de la lactancia materna.
- Los niños que no se amamanten, administrar fórmula láctea habitual. Se indicarán fórmulas sin lactosa en pacientes con desnutrición de 3<sup>er</sup> grado o diarreas de más de 10 días de evolución.
- Dieta hipofermentativa: con contenido de polisacáridos con propiedades coloidales y efecto absorbente como pectinas y dextrinas.

### TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

La mayoría de las diarreas son causadas por virus o bacterias con capacidad de auto limitarse no requiriendo antibióticos, excepto las que cursen con cuadro de disentería grave.

- Se utiliza en forma empírica inicial en las siguientes situaciones:
  1. Menores de un mes.
  2. Con signos clínicos y radiológicos de enteritis.
  3. Diarrea mucosanguinolenta en menores de 4 meses y en desnutridos.

| Patógeno               | Atb recomendado   |
|------------------------|---|
| ECEP Y ECET            | Furazolidona, Cefixima, Ciprofloxacina                      |
| <i>Shigella</i> y ECEI | Ampicilina, Furazolidona, TMP SMX, Cefixima, Ciprofloxacina |
| <i>Campylobacter</i>   | Eritromicina o Ciprofloxacina                               |
| <i>Yersinia</i>        | Ciprofloxacina  |
| <i>Salmonella</i>      | Ampicilina, Ceftriaxona, Ciprofloxacina                     |

4. Presunción de sepsis con foco enteral.

- Antibióticos de acuerdo al patógeno aislado

### TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

La administración de medicaciones sintomáticas (antiespasmódicos, antidiarreicos) no se recomienda debido a que pueden ocasionar efectos tóxicos indeseables secundarios o enmascarar cuadros clínicos subyacentes (ejemplo: peritonitis).

Ha surgido una nueva arma profiláctica y terapéutica, los **probióticos**: suplementos alimentarios, que además de sus cualidades nutricionales, aportan beneficios adicionales para la salud, como colonizar el intestino, modificando positivamente la flora intestinal y mejorando el funcionamiento del sistema inmune.

### BIBLIOGRAFÍA

1. López, Eduardo. Diarrea aguda: consultas frecuentes en pediatría, 103-18; 2005.
2. Paganini, Hugo. Diarrea aguda. Las infecciones en pediatría, 25-28; 2007.
3. Santancárgelo, Salom. Diarrea aguda. Deshidratación. Criterios de diagnóstico y tratamiento en pediatría, 14:149-164; 2006.
4. Consenso Nacional de Actualización de Diarrea aguda en la infancia.
5. Charrois, Theresa. Probióticos. Pediatrics 2006; 27(8):311-313.



## CURIOSIDADES

# HISTORIA DE NUESTROS HOSPITALES

**Dr. Carlos Luzzani**  
*Médico Pediatra*

### **Hospital General de Agudos "Dr. Abel Zubizarreta"**

Fue a comienzos del siglo XX que Villa Devoto vio nacer su Estación Sanitaria. En el año 1897, siendo entonces Director de la Asistencia Pública el Dr. Telémaco Susini, hubo un proyecto para establecer una estación sanitaria en esa zona. Pero recién en 1905 la iniciativa prosperó, siendo Director de la Asistencia Pública el Dr. Eduardo Peña, que estableció en Villa Devoto un Consultorio Externo y Servicio de Primeros Auxilios. El 2 de junio de ese año se asignó el presupuesto para la creación de la Estación Sanitaria, que se estableció en una casa arrendada en la calle Pareja 3322. Dos meses más tarde inició sus actividades sólo como Consultorio Externo, prestando importante socorro a los enfermos de una vasta zona, la cual se encontraba muy apartada de todos los hospitales de la ciudad y de la casa central de la Asistencia Pública. La Estación Sanitaria funcionó 2 años en la calle Pareja y por falta de comodidad se trasladó a una casa, también arrendada por la Municipalidad, en la calle José Cubas 3699, esquina Esperanza (hoy Joaquín V. González).

Un detalle típico de esos tiempos, que se conservó durante muchos años como pintoresco aspecto del pasado, fue la ambulancia tirada por un par de briosos caballos, dirigidos por un hábil cochero que recorría las calles de la zona aún no pavimentadas. Más de una vez hubo que darle una cuarta para sacarla del barro al quedar empantanada. Al poco tiempo de la inauguración comienzan las dificultades por falta de comodidad. Un grupo de vecinos caracterizados de esta villa, se dirigió a la Dirección de la Asistencia Pública proponiendo que la Estación Sanitaria, en vez de estar en una casa arrendada sin comodidades, se instale en un edificio propio y a tal fin ofrecen y se comprometen a costear el valor del terreno para el mismo.

Este pedido-oferta pasó a la Municipalidad y el Intendente elevó el expediente a consideración de la Comisión Municipal (Consejo Deliberante); la Subcomisión de Hacienda antes de expedirse solicitó algunos informes de la Asistencia Pública.

Esa Subcomisión opinó que debía aceptarse la oferta de los vecinos para costear el terreno que designe el Departamento Ejecutivo. Una vez que se obtuvo el terreno, la Comisión Municipal dictó la resolución para llevar a cabo la construcción del edificio desti-

nado a la Estación Sanitaria y demás cosas necesarias para su completa instalación.

Fue trasladada, entonces, a otro predio que ofrecía mayores comodidades, ubicado en la Avenida de la Capital (hoy Chivilcoy), esquina Asunción, donde funcionó por varios años, cambiándose el nombre de Estación Sanitaria por el de Casa del Socorro de Villa Devoto, que definía mejor su función.

En el año 1912 se lo denomina Hospital Vecinal de Villa Devoto, continuando con los Consultorios Externos y Servicios de Primeros Auxilios. Durante los primeros años de existencia no contó con farmacia propia y las recetas se despachaban indistintamente por los Hospitales Tornú, Pirovano y Álvarez. En ese año fue trasladado a un edificio más amplio de la calle Nueva York, entre Bahía Blanca y Chivilcoy, circundado por terrenos libres, que era la quinta de los Tamini (adquirida luego por la Municipalidad en 1924, siendo Intendente Municipal el Dr. Carlos N. Noel). Este edificio es el que hoy ocupa la Dirección y Administración del Hospital Zubizarreta. En ese año surgió la idea de las ampliaciones para transformarlo en un pequeño y verdadero hospital con servicios de internación, hecho que se concretó 11 años después. Gestiones, consultas, proyectos, se hacen planos, se retocan, se rechazan, se modifican, hasta que en 1929 el Consejo Deliberante votó los fondos necesarios y en el mes de junio de 1930 se resuelve proceder a la edificación. Mientras la construcción se llevaba a cabo, el hospital vecinal de Villa Devoto fue trasladado a una casa particular en la calle Fernández de Enciso y Pareja, donde funcionó provisoriamente para no interrumpir sus servicios. Las obras fueron terminadas, pero se demoró su habilitación. Este hospital, terminado en enero de 1932, sólo tiene habilitada la parte baja del edificio central para servicios externos. Debe habilitarse contiguamente los dos cuerpos laterales y la parte alta del frente de una capacidad mínima de 60 camas, que puede elevarse cómodamente a 80.

La Asociación de Fomento de Villa Devoto se dirige por nota al Sr. Presidente del Consejo Deliberante, Ingeniero Andrés Justo, en diciembre de 1932 pidiendo la internación de pacientes, convencidos que con esta medida se daba satisfacción a una exigencia pública. La hospitalización, manifestaban, es una medida impuesta para satisfacer las condiciones higiénicas y sanitarias determinadas por la densidad de la población de la zona. Estas gestiones de la Comisión de Fomento de la Villa motivan la visita casi inmediata del Director



de la Asistencia Pública, el Dr. Juan Obarrio, el 24 de diciembre de ese año (1932), visita que provoca un profundo interés en los distintos círculos de la localidad, ya que parece un hecho la próxima habilitación del nosocomio. En una entrevista de la prensa local al entonces Director del Hospital de Devoto, Dr. Isidoro Gil, éste ratifica los deseos del Dr. Obarrio de inaugurar a la brevedad posible las dependencias de la casa. Manifiesta que se harán gestiones ante el Consejo Deliberante para la atención de los enfermos internos y externos. A los servicios ya existentes se agregarán otros de clínica permanente y cirugía, habilitando para tal efecto las 60 camas: 30 para Clínica Médica y 30 para Cirugía. Se aumentarán, como lógica consecuencia, el número de médicos internos, practicantes permanentes y personal administrativo. Según informes, continúa diciendo el Dr. Gil, el Hospital comenzará a funcionar los primeros días del año 1933; para ello sólo falta la entrega de los materiales y útiles necesarios, que en principio ya están acordados por la Municipalidad. Sin embargo fue necesario realizar múltiples gestiones y vencer ingentes obstáculos para lograr la habilitación del Hospital Devoto, que venía sufriendo largas dilaciones. En abril de 1934, y firmado por el concejal Miguel Navas, fue presentado al Consejo Deliberante un proyecto de ordenanza para la habilitación de camas en determinados hospitales de la Capital, incluyéndose en este plan la habilitación de las 60 camas para el Hospital de Villa Devoto. Este Hospital dispone de una amplia, cómoda y moderna cocina y dependencias: un pabellón con lavadero mecánico, cuya maquinaria modernísima corre el peligro de enmohecerse por la falta de uso y otro pabellón para el servicio de la morgue, etc.

Finalmente el hospital fue habilitado en agosto de 1935, siendo que su construcción estaba terminada en 1932 y que el Consejo Deliberante en sesión del 7 de Noviembre de 1933, por Ordenanza N° 5048, dispuso la habilitación inmediata de las camas para la cual autorizó a invertir la suma de 50.000 pesos en sueldos del personal necesario para los nuevos servicios creados.

En el año 1933 el Hospital Devoto atendió 44.945 pacientes y el gasto de cada receta fue de 0,14 centavos. Estos aparecieron en un diario local con fecha 23 de junio de 1934, desvirtuando erróneos conceptos vertidos por el diario "El Mundo" de esta Capital y contestando a la sugestión de "La Prensa", que insinuaba en un editorial, la conveniencia de transformar el edificio destinado a hospital en un Instituto de Dietética Experimental. Quién demoró su habilitación fue el Director de la Asistencia Pública, Dr. Roberto Acosta, pretendiendo destinar el Edificio a otros fines ya citados, contrariando el espíritu y el mandato que le dio la ordenanza de origen. Estos hechos motivan que la comisión vecinal de la Villa reitere sus anteriores gestiones ante la Municipalidad, para que cumpla la

Ordenanza que dispone la habilitación del Hospital de Devoto.

Se habilitó la internación el 15 de mayo de 1935, pero la inauguración oficial se efectuó el 15 de agosto de ese año, en una sencilla ceremonia con la presencia del intendente Municipal, Dr. Mariano de Vedia y Mitre, del Director de la Asistencia Pública, Dr. Juan Obarrio y de algunas autoridades municipales. Por una Ordenanza Municipal se llamó, desde su inauguración, Hospital Dr. Abel Zubizarreta, honrando la memoria del ilustre médico nacido en Buenos Aires el 10 de abril de 1880 y fallecido el 12 de octubre de 1934. Su busto se inauguró el 30 de Mayo de 1936, encontrándose en el jardín interior del hospital frente al bronce de quien fuera su primer Director. El mismo año de su inauguración e inicio del practicantado en el Hospital, se consiguió la cesión del edificio contiguo, que en la misma manzana ocupara el Registro Civil y la Sección Municipal de la Zona que, después de reparaciones, fue habilitado para Servicios del Hospital. La Municipalidad de Buenos Aires después cambió el nombre de algunos hospitales por el de Policlínico, alegando que definía mejor su función, pero esta denominación fue cambiada nuevamente años después. Actualmente se llama Hospital General de Agudos "Dr. Abel Zubizarreta".

El Dr. Abel Zubizarreta llegó a destacarse en el ambiente porteño y en los círculos científicos, por su importante actuación pública y por la justa notoriedad en su profesión, a la que se había consagrado con verdadera pasión. La pediatría lo contó entre sus cultores más fervientes y eficaces, dedicando sus mejores esfuerzos a la labor diaria del hospital, donde cumplió una acción intensa y generosa. Desde 1900 actuó en el Hospital de Niños. Allí, desde el cargo de practicante menor hasta el de Jefe de Clínica, desplegó una labor muy notoria a favor de la infancia.

Pero donde se destacó fue sin duda en la Dirección de la Asistencia Pública, que le fue confiada por el Intendente Dr. Carlos Noel en 1922 y donde se desempeñó hasta 1927, desarrollando una actividad pública múltiple. En 1910 formó parte de la Comisión Directiva de Euskal Echea. En materia de lucha antituberculosa fue uno de los que más grandes contribuyentes, iniciando, además, la fundación del instituto de Fisioterapia, la asistencia maternal a domicilio y la propuesta de la vacunación antidiftérica.\*

## Bibliografía

1. Junta de Estudios Históricos de Villa Devoto; Reseña histórica de los hospitales porteños (Taringa); Páginta del Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta.

\* Publicado en diario *La Prensa* el 13 de Octubre de 1934. Ampliado con algunas referencias suministradas por su hijo, el Dr. Jorge Zubizarreta.



## BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

### 1) SEGUIMIENTO CLÍNICO E IMAGINOLÓGICO DE RECIÉN NACIDOS CON DIAGNÓSTICO DE PIELECTASIA

**Introducción:** el objetivo de esta investigación fue determinar la significación y evolución imaginológica de la pielectasia en recién nacidos con este diagnóstico.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y prospectivo de 261 recién nacidos con diagnóstico de pielectasia, atendidos en la consulta de neonatología del Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez", Cuba, desde 1995 hasta 2007. Los estadígrafos utilizados fueron frecuencias absolutas y cifras porcentuales, mediana y cuartiles. Se aplicó además la prueba de diferencia de proporciones. Los pacientes fueron evaluados por clínica y por estudios de radio-imagen para precisar causa y evolución de la pielectasia.

**Resultados:** predominó la pielectasia diagnosticada en la etapa posnatal (52,1%) frente a la prenatal. La pielectasia prenatal se confirmó en el 93,6% de los casos posnatalmente. La mayoría de los niños presentaron dilatación de grado ligero (73,5%) y, sobre todo, unilateral izquierda. Las pielectasias no asociadas a anomalías del tracto urinario tuvieron generalmente una evolución transitoria y desaparecieron en los primeros meses de la vida (mediana de desaparición: 6 meses); en algunos niños ésta se mantuvo (mediana de seguimiento: 17,5 meses). La anomalía del tracto urinario más frecuentemente asociada a la pielectasia fue el reflujo vesicoureteral y, de manera significativa, cuando se hizo el diagnóstico de pielectasia en la etapa posnatal.

**Conclusiones:** la pielectasia se encuentra tanto por pesquisa prenatal como por evaluación posnatal. Estas pielectasias generalmente son transitorias y desaparecen en un tiempo de seguimiento variable, pero también pueden ser expresión de la presencia de alguna anomalía del tracto urinario, más comúnmente por reflujo vesicoureteral. Recomendamos el seguimiento clínico continuo y a largo plazo de estos pacientes.

Díaz Álvarez MI et al. *Revista Cubana Pediatría [online]*. 2010;(82)3:1-12. ISSN 0034-7531.

### 2) MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO PARA LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA POR EL USO DE DIFERENTES TIPOS DE MUESTRAS, MÉTODOS DE CULTIVO Y PCR: UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE CASOS Y CONTROLES

**Introducción:** el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar presenta desafíos en los niños porque los síntomas no son específicos, las muestras son difíciles de obtener y los cultivos y frotis de *Mycobacterium tuberculosis* son a menudo negativos. Se evaluaron los nuevos métodos de diagnóstico de tuberculosis en los niños en un país de escasos recursos.

**Métodos:** los niños con síntomas sugerentes de tuberculosis pulmonar se inscribieron a partir de agosto de 2002 a enero de 2007, en dos hospitales de Lima, Perú. Pareados por edad y sexo, los controles sanos fueron reclutados de una comunidad de bajos ingresos, en el sur de la ciudad de Lima. Los casos fueron agrupados en categorías de riesgo moderado y alto riesgo por puntuación de Stegen-Toledo. Dos muestras de cada tipo (aspirado gástrico, aspirado nasofaríngeo y muestras de heces) tomadas de cada caso fueron examinados buscando *M. tuberculosis* mediante baciloscopía, caldo de cultivo por técnica de observación microscópica de susceptibilidad a fármacos (MODS), cultivo en medio de Lowenstein Jensen y PCR. Las muestras de los controles fueron examinados con las mismas técnicas. Este estudio se ha registrado en Clinical-Trials.gov, número NCT00054769.

**Resultados:** se inscribieron 218 casos y 238 controles. 22 (10%) de casos tenían al menos un cultivo positivo de *M. tuberculosis* (aspirado gástrico en 22 casos, aspirado nasofaríngeo en 12 casos y las heces en 4 casos). La confirmación de laboratorio de tuberculosis era más frecuente en los casos de alto riesgo de tuberculosis (21 [14,1%] de 149 casos con la colección completa de la muestra fueron cultivo positivo) que en los casos de riesgo moderado para la tuberculosis (una [1,6%] de 61). MODS fue más sensible que Lowenstein-Jensen: el diagnóstico de 20 (90,9%) de 22 pacientes en comparación con 13 (59,1%) de 22 pacientes ( $p=0,015$ ). El aislamiento de *M. tuberculosis* por MODS fue más rápido que

por cultivo de Lowenstein-Jensen (media de 10 días, IQR 8-11, frente a los días 25, 20 a 30,  $p = 0,0001$ ). De los 22 casos confirmados por cultivo, por lo menos un cultivo positivo de muestra de aspirado gástrico fue aislado de la primera muestra obtenida en 16 (72,7%) de 22 casos, mientras que en seis (27,3%), el segundo aspirado gástrico fue positivo en el cultivo (37% más de rendimiento por la adición de una segunda muestra). En los casos de alto riesgo de tuberculosis, los resultados positivos de uno o de ambos PCR de aspirado gástrico, identificó un subgrupo con un 50% de probabilidad de tener un cultivo positivo (13 de 26 casos).

**Interpretación:** Aspirado gástrico en niños de alto riesgo y el cultivo MODS fue la mejor prueba disponible para diagnosticar la tuberculosis pulmonar. La PCR no era lo suficientemente sensible o específica para el uso rutinario como diagnóstico, pero en niños de alto riesgo, aspirado gástrico con PCR siempre el mismo día, identificó la mitad de todos los casos con cultivo positivo.

*Oberhelman RA, Soto-Castellare G, Gilman RH, Cavedes L, Castillo ME, Kolevic L, Del Pino T, Saito M, Salazar-Lindo E, Negron E, Montenegro S, Laguna-Torres VA, Moore DAJ, Evans CA. The Lancet Infectious Diseases 2010;10(9):612-620.*

---

## Adendum

*La lealtad tiene un corazón tranquilo.*

**William Shakespeare** (1564-1616)

---

---

# Neumocort + Aeromed

budesonide 200 mcg

El broncoespasmo  
es solo la punta del iceberg



El antiinflamatorio tópico inhalado  
más utilizado, en **1 dosis diaria**

**Indicaciones:**

Tratamiento del asma bronquial crónica: el uso regular permite controlar la inflamación crónica de las vías aéreas, controla los síntomas del asma, reduce la frecuencia de las exacerbaciones asmáticas y la hiperreactividad de las vías aéreas.

**Presentación:**

Aerosol con válvula dosificadora, conteniendo 200 dosis de 200 mcg, con espaciador AEROMED

  
**Cassará**

Vocación científica. Compromiso social.

# PORQUE EL BRONCOESPASMO ES SOLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Es fundamental un buen INICIO



## 1 Flutivent + Aeromed Tratamiento inicial

### SALMETEROL

Control sintomático y funcional

Rápido aumento del calibre bronquial.  
Disminución de la hiperreactividad bronquial.  
Aumento del flujo espiratorio.  
Rápido aumento del % de días y noches sin síntomas.

BRONCOESPASMO  
CRISIS ASMÁTICA  
TOS SIBILANCAS  
HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

Para lograr un buen TRATAMIENTO DE BASE

### FLUTICASONA

Control antiinflamatorio

Disminución del óxido nítrico y su síntesis  
Disminución de mediadores inflamatorios  
Estabilización de mastocitos  
Disminución de eosinófilos

REMODELACION  
MODIFICACION DEL TEJIDO CONECTIVO  
MODIFICACION DEL MUSCULO LISO  
LIBERACION DE MEDIADORES INFLAMATORIOS  
DESGRANULACION MASTOCITARIA  
INFILTRACION EOSINOFILICA  
PREDOMINIO DE ACTIVACION LINFOCITOS TH

## 2 Neumocort o Fluticort

Control antiinflamatorio

Tratamiento de base

BUDESONIDE o FLUTICASONA

Prevención del broncoespasmo y demás síntomas del asma  
Prevención del deterioro de la función pulmonar  
Control de hiperreactividad bronquial  
Control del óxido nítrico y su síntesis  
Control de mediadores inflamatorios  
Estabilización de mastocitos  
Estabilización de eosinófilos

  
**Cassará**

Vocación científica. Compromiso social.